Буковский В., Глузман С.

ПОСОБИЕ ПО ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ИНАКОМЫСЛЯЩИХ

Общие сведения о психиатрии

В целом, в современной психиатрии нет обоснований к применяемой системе категорий, даже классификации болезней психики. Так, на диагностическом симпозиуме в Ленинграде двадцать ведущих психиатров страны одному и тому же больному поставили двенадцать диагнозов.

Все психиатрические заболевания можно разделить на две группы: 1) псевдоопределенные, условно выделенные в самостоятельные формы из хаотического багажа фактов, накопленного за века; 2) истинные, с известной науке причиной и характерной динамикой. Если модель первых чисто риторическая, то вторые обоснованы конкретными научными открытиями, и модели их «демонстративны».

Основным методом психиатрического клинического исследования до сих пор остается субъективное наблюдение за испытуемым, за его поведением, речью, памятью и т.п. Наряду с этим используются опять же субъективные сведения об испытуемом, полученные от его окружающих, знакомых, родственников, официальные документы и прочее. Другие методы (лабораторные анализы, электроэнцефалографические исследования) имеют второстепенное значение.

Аморфность границ психической болезни не очень занимает практических врачей, так как лечение чаще определяется не диагнозом, а отдельными болезненными проявлениями.

В психиатрической теории нет общепризнанных эталонов «здоровья» и «болезни». Существует масса абстрактных концепций, от философских... до кибернетических, абсолютно непригодных для психиатрической практики. И все же ежедневная деятельность врача невозможна без применения пусть условного эталона здоровья. Поэтому в практической психиатрии пользуются условным эталоном психического здоровья, удобным, простым и понятным, т.н. эталоном «рантье, стригущего купоны». «Рантье» — это человек «невысокого интеллекта, буржуа по своим вкусам; скорее цивилизованный, чем культурный, не желающий рисковать..., довольствующийся невысоким, но прочным общественным положением («с высоты больно лететь»), не увлекающийся; лишенный способности к какому-либо творчеству, оплот любой власти; путеводным маяком ему в жизни служит инстинкт самосохранения. Жизнь его однообразна, но зато спокойна: он считает свой жизненный стиль единственно правильным, самым мудрым и безопасным в океане невзгод, рытвин и катаклизмов нашего существования.

Концепция «рантье» не является научной, в советской психиатрической литературе ее не упоминают вообще. А практические врачи, хотя и не всегда сознательно, пользуются ею в своей ежедневной деятельности; разумеется, не как жестким, раз и навсегда определенным эталоном. (Ниже вы поймете, почему концепция «рантье» близка так называемому «среднему психиатру»).

Инакомыслие как проблема психиатрии

Согласитесь, при аморфности категорий, при наличии множества «психиатрических научных школ» вполне возможно неправомерное расширение психиатрической компетенции.

А в условиях «социального заказа», практикуемого тоталитарным режимом

того или иного государства, границы психиатрической нормы определяются скорее сиюминутной необходимостью, нежели по научным и историческим мотивам (сравните у «антипсихиатров»: психиатрия, выполняя заказ классового общества, всегда превращала революционеров в психопатов).

Использование в СССР в качестве карательной меры психиатрии зиждется на сознательном толковании инакомыслия (в известном смысле этого слова) как психиатрической проблемы. В монографии «Теория и практика судебно-психиатрической экспертизы» проф. Д.Р. Лунц утверждает, что любое противоправное деяние, именно в силу одной противоправности своей, подлежит психиатрическому анализу (чем не концепция «рантье»), обосновывая это тем, что в условиях социализма нет социальных причин для преступных действий. Капитализму Лунц оставляет преступность как явление, вытекающее из его социальной дисгармоничности.

Эскульпация, т.е. признание невменяемости инакомыслящих, в той или иной форме выражающих свое несогласие с отдельными моментами внутренней и внешней политики советского правительства, проводится целенаправленно. Для этого используются, в основном, для психиатрических диагнозов: вялотекущая форма шизофрении и паранойяльное развитие личности. Остальные диагнозы почти не выставляют, т.е. в них инакомыслие не вписывается даже теоретически (к вашему счастью, иначе пришлось бы знакомиться с психиатрией в более полном объеме).

Вялотекущая шизофрения. Цитируем опытного эксперта профессора Тимофеева: «Трудностей в диагностике становится больше по мере изучения мягких и стертых форм шизофрении (т.е. вялотекущей шизофрении — Б. и Г.). Эти вопросы до сих пор остаются дискуссионными, т.к. некоторые психиатры не признают названной формы заболевания, другие говорят об их относительной самостоятельности». В другой работе Тимофеев утверждает:

«Инакомыслие может быть обусловлено болезнью мозга, когда патологический процесс развивается очень медленно, мягко (вялотекущая форма шизофрении — Г.), а другие его признаки до поры до времени (иногда до совершения криминального поступка) остаются незаметными». Итак, проф. Тимофеев признает существование вялотекущей шизофрении: «Поскольку именно этому возрасту (20-29 лет — Б. и Г.) свойственны повышенная конфликтность, стремление к самоутверждению, неприятие традиций, мнений, норм и т.д., это является предпосылкой создания мифа о том, что некоторые молодые люди, которые в действительности больны шизофренией, напрасно помещаются в психиатрические больницы, что они содержатся там якобы потому, что думают не так, как все».

Под вялотекущей имеют в виду шизофрению, где все проявления болезни выражены в степени «едва», «мало». А таких явных симптомов, как наличие галлюцинаций, нет вообще. Вот наиболее характерные для нее симптомы (дано по учебнику для студентов медицинских институтов): замкнутость, вялость, снижение интереса к жизни, стертые явления пессимизма и меланхолии, сосредоточенность на внутренних переживаниях, неадекватные мысли и поступки, косность и несгибаемость убеждений, подозрительность и т.п. А если вы замкнутый человек, склонны к самоанализу, некоммуникабельны, если вы не желаете менять своих убеждений, т.к. не считаете их «беспочвенными», если объективно существующая за вами слежка, прослушивание телефонных разговоров оценивается как «подозрительность», а то и «бред преследования», — вывод ясен... Не спасет вас и то, что вы успешно справляетесь со служебными обязанностями, с творческой работой, проявляете интерес к ней и даже «растете» в профессиональном отношении. Хотя формально наличие психической патологии не исключает вменяемости, ваша эскульпация будет предрешена.

По данным Института судебной психиатрии им. Сербского, примерно половина больных вялотекущей шизофренией признается дееспособной. Но

нам не известны случаи признания шизофреника вменяемым. Опытнейший эксперт проф. Лунц считает целесообразным введение в гражданское законодательство понятия «ограниченной» или «частичной» дееспособности и сознательно совершает преступные эскульпации здоровых людей, ибо «каждый класс, каждая профессия имеет свою моральную этику». (Справка: ограничение дееспособности и вменяемости действительно необходимо; существуют как законодательные положения в юриспруденции всех культурных государств).

Паранойяльное развитие личности. Диагноз столь же спорный и неконкретный. Чтобы понять, что кроется за этой терминологической шапкой, необходимо знать следующее: 1) в психиатрии различают 3 вида идей (кроме обычной идеи): а) доминирующая идея — наблюдается у здоровых людей, охваченных каким-либо стремлением и всецело поглощенных вынашиваемой мыслью; б) сверхценная идея (патологическая) — это умозаключение, обычно рационального содержания, но необоснованно переоцениваемое в его значении. Объективно значение сверхценной идеи ничтожно в сравнении с субъективной оценкой ее индивидом; в) бредовая идея (патологическая) — это ошибочное умозаключение, не имеющее под собой реальной основы, не поддающееся переубеждению. Совокупность бредовых идей называют бредом.

2) Среди нескольких видов бреда нас интересуют два: А) бред реформаторства — улучшение условий жизни может быть достигнуто только путем пересмотра сложившихся взглядов соответственно его идее о перестройке действительности;

Б) бред сутяжничества — не соответствующее действительности убеждение, что его личные права индивида нарушаются, попираются; мотивы становятся «понятными», направляется много жалоб и заявлений с требованием

восстановить «справедливость».

3) Психопатией называют патологическое развитие характера. Наряду с этим существуют и крайние варианты нормального характера — границы их с психопатией неопределенны, границы расплывчатые. В динамике психопатий рассматривают период компенсаций (в социальном отношении) и декомпенсаций.

Из всех групп психопатии нас интересует одна — паранойяльная психопатия. Она характеризуется подозрительностью, мнительностью, высокой степенью готовности к образованию сверхценных и бредовых идей; ригидным, односторонним, тугоподвижным (?) мышлением; длительным застреванием на переживаниях, связанных с незначительным событием. В конфликтной ситуации у паранойяльных психопатов возникают паранойяльные реакции. Из них со временем формируется паранойяльное развитие личности, то есть стройная система бреда, в нашем случае, сутяжничество или реформаторство.

Схема: возникает доминирующая идея, затем сменяется сверхценной, наконец — бредовой; развивается стройная (то есть внешне убедительная, но абсурдная) бредовая система, затем образуется систематизированный бред преследования с тенденцией переоценки собственной личности (все трактовки даны в соответствии с курсом психиатрии для студентов мединститутов СССР). Как видите, доказательность этого вида психической патологии весьма относительна. И наоборот: попробуйте доказать, что ваши суждения об оккупации Чехословакии или об отсутствии в СССР демократических свобод — не ошибочные суждения, но имеющие под собой реальные основания... И что не является «бредом преследования» слежка за вами и вашими близкими. И субъективная ваша оценка внутриполитической жизни в СССР отнюдь не ничтожна в сравнении с действительными фактами...

И «освобождение» вас от занимаемой должности после того, как вы в числе других подписали «заявление протеста», является попирательством ваших прав... Эксперты из Института судебной психиатрии доктор мед. наук Печерникова и Косачев прямо указывают: «Наиболее часто идеи борьбы за правду и справедливость формируются у личностей паранойяльной структуры», или: «Сутяжно-паранойяльное состояние возникает после психотравмирующих обстоятельств, затрагивающих интересы испытуемых, и несет на себе печать ущемленности правовых положений личности»; или: «Характерной чертой этих (сверхценных — Б. и Г.) образований является убежденность в своей правоте, охваченность отстаиванием «попранных прав», «значительность переживаний для личности больного»; или: «Судебное заседание они используют как трибуну для речей и обращений». А как оценить психиатрам психическое состояние Георгия Дмитрова, выступающего с речью на суде?.. И многих других общественных деятелей с их всепоглощающей верой в идеал и отказом от личной жизни?.. Быть осторожным, не очень умным, «себе на уме» — значит быть здоровым. А горе — от ума. Остается ввести в психиатрию официально новый вид психической патологии под названием комплекса Чацкого.

И последнее. Сам по себе диагноз паранойяльной психопатии и паранойяльного развития личности отнюдь не означает необходимость эскульпации. Так, по официальной статистике Института судебной психиатрии 95,5% признают вменяемыми. Но это — в теории. С инакомыслящими — статистика иная, она не публикуется. Печерникова и Косачев, подробнейшим образом описав «картину» сутяжно-паранойяльного развития, «забыли» сообщить проценты эскульпированных «параноиков-сутяг».

Психология психиатра

Психиатр — это врач, большую часть времени проводящий в стенах

психиатрического учреждения, среди душевнобольных. Он привык видеть страдания, буйства, самые неприятные извращения, горе. Его пациенты — безумцы-дети и безумцы-взрослые, женщины и мужчины. Поэтому само по себе желание человека выбрать именно эту профессию и успешно выдерживающего в психиатрии «испытательный срок» (для многих критический) предполагает некоторые первичные особенности личности. Годы ежедневного пребывания на этом «кладбище погибших рассудков» накладывают свой отпечаток на личность врача, необратимо меняют его.

Вот наиболее характерные типы врачей-психиатров.

Начинающий психиатр: искренне любит психиатрию, считает ее полноценной научной дисциплиной. Из-за недостатка жизненного и профессионального опыта и малого объема знаний усматривает психическую патологию там, где ее заведомо нет. Не понимает искусственности психиатрических концепций. Поэтому в работе легко внушаем, может искренне «выявить» у вас психическую патологию. В судебно-психиатрических экспертных комиссиях участия не принимает, неопасен, так как не он будет решать вашу судьбу.

Типы зрелых психиатров следует рассмотреть более подробно. Именно они предрешат ваше будущее.

Ученый: сохранил «юношескую» страсть к психиатрии, считает ее своим призванием. Для него психиатрия — научная дисциплина (хотя и с оговорками). Как правило, относит (или: «не относит» — в подлиннике неясно, — переписчик) инакомыслие к психиатрической компетенции. Не любит участвовать в экспертизе невменяемости: «Я врач, а не следователь»... Достаточно трезв, чтобы понять конъюнктуру, но постарается «не пачкаться»: помогите ему своей правильной тактикой.

Диссертант: главная особенность: бессознательно расширяет границы заболевания, описываемого в диссертации. Убедите его своим поведением, что в качестве «материала» вы не подходите.

Вольтерьянец: умный, опытный человек и психиатр. Давно разочаровался в психиатрии как науке. Высокий интеллект, любит искусство, литературу, может помногу говорить о них. Социально инертен, т.к. не верит в успех каких-либо социальных преобразований (мудрость экклезиаста); не исключается внешняя общественная позиция по «курсу». Трусоват, циничен. Прекрасно понимает конъюнктуру, но даже под «давлением» признает вас психически здоровым, причем в силу своей трусости сделает это убедительно наглядно, чтобы снять с себя подозрение в «симпатиях» к вам; «чтобы комар носу не подточил».

Обыватель: интеллект и специальные знания не выше среднего. Себя считает умным и опытным врачом, а свой жизненный стиль — желательным эталоном для других. В рамках «общего курса» социально активен, хорошо развита приспособляемость к внешним условиям («социальная мимикрия»). Не понимает таких явлений, как сюрреалистическая живопись («разве лошади летают?»), современная поэзия («а где же рифмы?») и т.п. Искренне считает анормальной вашу социальную позицию, основные аргументы: «Ведь была квартира, семья, работа. Зачем же вы?» С этим современным «рантье» не рекомендуем говорить об абстрактных предметах, философии, физических теориях и т.п., о современном искусстве, — старайтесь оставаться на его уровне. Опасен, может выявить психическую патологию, легко поддается давлению свыше, себя всегда оправдает (в своих глазах) ссылкой на авторитеты, психиатрическую «школу».

Профессиональный палач: сознательно совершает экскульпацию психически

здоровых людей. Обычно грамотный специалист. Поэтому единственная ваша возможность — не дать ему ни одного «симптома». В этом случае из своеобразного профессионального самоуважения может не захотеть пачкаться «явной липой».

Практические рекомендации о вашей тактике

Карательные службы имеют перед инакомыслящими одно важное преимущество: они активно аморальны. Принцип «цель оправдывает средства» используется государством против граждан, уподобившихся мальчику из известной сказки Андерсена о голом короле. Наукообразные положения о классовости морали позволяют быть откровенно безнравственным по отношению к «врагам советского народа и социалистического строя». А что — мораль?— моральна правда, но не ложь, моральна искренность, морально сочувствие и т.п. Инакомыслящие, как правило, признают именно такую «внеклассовую» мораль.

Вот что это означает в условиях предварительного следствия, суда, психиатрической экспертизы: 1) давать правдивые показания на все интересующие КГБ или суд вопросы, заведомо пагубные для себя как экспертирующегося; 2) «наталкивать» КГБ и суд на неизвестные им обстоятельства и мотивы, давать эксперту необходимую ему «симптоматику»; 3) позволять: непозволительную слабость по отношению к следователю, которому «крайне необходимо успешно вести следствие», к свидетелю, струсившему «из боязни потерять должность», и т.п. К сожалению, это факты. Лгать — скверно, но учтите: от вашего желания и умения быть неморальным по отношению к лицам и организациям, исповедующим мораль готентота, зависит ваша судьба. На опыте сотен товарищей и собственном мы утверждаем: абстрактная моральность, определяющая поведение подследственного, подсудимого и

экспертирующегося, противоречит его жизненным интересам. Ваше правильное поведение в период психиатрического исследования (как и следствия, суда) включает в себя не только необходимые элементарные знания из теории и практики психиатрии, но и «заземленную моральность». Все наши рекомендации рассчитаны на некоего «усредненного диссидента». Понятно, мы не можем учитывать все многообразие индивидуальных обстоятельств, интересов, судеб. Вовсе не обязательно следовать какой-либо конкретной рекомендации, если это объективно противоречит реальности. Мало того, это вредно. Бессмысленно, например, отрицать травму головного мозга в прошлом, если об этом имеются указания в документах; заикание, если вы заикаетесь, и прочее. Желательно, чтобы ваши потенциальные свидетели сумели дать столь же правильные и «чистые» показания о вашем психическом облике. Сведения, сообщаемые вами врачу, могут не совпадать с материалами следственного дела. Во-первых, закон не воспрещает подозреваемому или обвиняемому заведомо ложных показаний; во-вторых, сведения, имеющиеся у экспертов, не будучи тайной [для] КГБ (в советском праве врачебная тайна существует как чисто формальная категория), не могут быть использованы в материалах следственного и судебного расследования. Однако следует твердо помнить, что при даче эксперту каких-либо сведений о конкретных интересующих КГБ обстоятельствах следует быть осторожным, т.к. со временем эти сведения могут быть «оперативно разработаны».

Общие сведения о вашей жизни. Беременность вами и роды прошли нормально. Вы родились здоровым ребенком, сидеть, ходить, разговаривать научились вовремя. В детстве проявляли интерес к сверстникам, с удовольствием контактировали с ними. Не было предпочтения играм наедине с самим собой, чрезмерного фантазирования, лживости, упрямства; все привычки, поступки, суждения соответствовали возрасту и полу. К чтению проявляли умеренный или несколько повышенный интерес, предпочитали книги, соответствующие возрасту. Не было ночных страхов, снохождения, расстройств сна, заиканий, чрезмерно выраженного страха темноты, животных, высоты и проч. Не было неустойчивости настроения,

слабоволия, повышенной обидчивости, неожиданных реакций агрессии, побегов из школы и дома, в занятиях успевали, на «второй год» не оставались, проявляли интерес к жизни класса, школы, двора, не самоустранялись из нее, пользовались расположением товарищей (однако не были излишне «примерными», безынициативными), ваши друзья всегда соответствовали вам по возрасту. В подростковом возрасте не было «особенностей» и «трудностей» поведения. Неудачи переживали спокойно, но не безучастно; не испытывали тяги к уединенным тихим занятиям, отвращения к спорту, к большим скоплениям людей, массовым зрелищам. Жили интересами своего возраста и круга: любили кино, книги (но не одну «фантастику»), игры; к членам семьи относились с любовью, жили интересами семьи, ее заботами, переживали за близких, их болезни, печали, их радости; не были скрытны, делились в семье своими интересами и новостями. Интерес к противоположному полу возник своевременно; к выбору профессии не были безучастны; всегда проявляли живые, яркие и адекватные эмоции, искренне сочувствовали горю и неудачам близких вам людей. По характеру не вспыльчивы, контакты с людьми не «поверхностные»; не ограничиваете себя интересами круга «семья-служба». Если вы человек скрытный, замкнутый, то виной тому робость, а не отсутствие потребности в общении, к профессиональным обязанностям не безразличны, не испытываете к ним отвращения; если только того не требуют ваши занятия или профессия, не проявляете (и не проявляли) интереса к философским проблемам (ибо есть такой термин: «метафизическая интоксикация»), психиатрии, парапсихологии, математике. Учитывая уже известную вам психологию психиатра, не проявляйте интереса к современному «модерному» искусству и, особенно, понимания его. Свободное время вы не посвящаете одним аутистическим занятиям: чтению, садоводству, созерцанию природы и произведений искусства. Вы имеете «хобби», интересуетесь спортом (хотя бы зритель, болельщик). Если вы холосты, не объясняйте это отсутствием влечения к противоположному полу или отвращением к семейной жизни, найдите какую-либо иную причину (отсутствие квартиры, малая зарплата, собирался, но помешал арест...). В сексуальном отношении вы всегда были в границах «приличий». У вас

никогда не было склонности к «непререкаемости суждений», вы понимаете и понимали, что «в жизни кривая линия зачастую короче прямой», у вас не было немотивированных, с точки зрения окружающих, поступков. Если объективно известно о некоторых особенностях вашего характера, например, о «срывах», то проявляйте критичность к себе. У вас никогда не было травм мозга, судорожных состояний, потерь сознания, галлюцинаций, расстройств памяти, заболеваний нервной системы (мозга); алкоголем не злоупотребляете, если и пили когда, то предпочитали сухие вина. Ваши социальные взгляды менялись с возрастом, корректировались окружающими людьми, событиями, книгами и т.п. Ваши реакции на несправедливость по отношению к вам не были излишне яркими, бурными, экспансивными и длительными. Инакомыслие зародилось под влиянием книг, рассказов очевидцев и жертв репрессий, воспитания в семье и школе (если обстоятельства позволяют безболезненно сообщать такие сведения), в результате трезвого объективного осмысливания реальности. Как это ни неприятно, но наилучшей мотивировкой вменяемых в вину деяний является: «Хотел прославиться, стать известным; не понимал серьезности последствий, не посмотрел на себя со стороны; не понял, что зашел слишком далеко» и тому подобное. К сожалению, именно такие (некрасивые) мотивировки положительно воспримутся на экспертизе. Мы не настаиваем на использовании этого совета всеми и всегда; но помните: иногда обстоятельства могут потребовать и такой меры защиты, тем более что нравственная ваша позиция (отказ «топить» товарищей, «чернить» свое прошлое и т.п.) не пострадает от этого вынужденного тактического приема.

В период следствия по делам инакомыслящих, как правило, имеет место лишение свободы в качестве меры пресечения. Лишенные возможности общения с близкими, друзьями, вырванные из первичной обстановки и «жизненного стереотипа», вы становитесь участником заведомо проигранной вами схватки с КГБ. Именно в следственный период ваше поведение и обстоятельства дела предрешат: быть или не быть вашей невменяемости. Самый простой способ гарантировать себя от последующей экскульпации

таков: давать все интересующие КГБ сведения о всех интересующих его лицах; не жалеть ни близких, ни товарищей, ни посторонних; отречься от своего «преступного прошлого» и т.д. и т.п. Как правило, это гарантирует от психбольницы, даже если вы психопат, хронический алкоголик. История знает тому примеры. К счастью, такую объективно и субъективно аморальную защиту своих интересов принимают немногие. Надеемся, что этот элементарно простой метод неприемлем и для вас.

В период следствия на вас будут воздействовать следующие факторы: 1) глухая изоляция от внешнего мира; 2) тревога за будущее; 3) психологическое давление следователя; 4) почти обязательное соседство по камере заключенного — «наседки», прямо или косвенно оказывающего на вас психологическое давление. «Наседка» — специально подсаженный в вашу камеру человек, цель которого любым способом воздействовать на вас в благоприятную для КГБ сторону. Его методы включают уговоры дать показания, чистосердечно раскаяться, чтобы заслужить прощение; при этом «наседка» ссылается на свой личный пример или примеры своих знакомых. Иногда он «случайно» находит общих с вами знакомых в прошлом и, с ссылкой на их слова, сообщает известную ему «правду» об «изменах» вашей супруги или невесты. «Наседка» выуживает из вас необходимую следствию информацию, создает в камере совершенно нетерпимою психопатическую обстановку, мешает вам спать, есть, читать и т.п. Следователь, как вы сами убедитесь, органически не может придерживаться закона в своих действиях, он будет вас уговаривать, запугивать, шантажировать, нарушать процессуальные нормы оформления следственной документации и т.п.

Широко известная самиздатовскому читателю Памятка А. Вольпина о поведении на следствии имеет, как сейчас выяснилось, существенный недостаток: предлагаемая А. Вольпиным «юридическая позиция» на следствии (требование от следователя соблюдать букву закона, четкое знание и отстаивание своих юридических прав) мешает следователю «чисто»

вести ваше дело, запугивать на очных ставках ваших свидетелей, подтасовывать показания в протоколах допросов и т.д. Это выводит из сил следователя и вынуждает его обратиться к поискам у вас психических изъянов, ходатайствовать о направлении вас на психиатрическое исследование. Особенно «экспертогенен» для вас отказ от дачи показаний вообще (законом не воспрещаемый). Поэтому рекомендуем обращаться к подобным методам ведения своего дела только в крайних случаях.

Если позволяют обстоятельства, не ведите со следователем разговоров на «эмоциональные» для вас темы; зачастую следователь сознательно ведет подобные беседы на небезразличные для вас темы в таком «ключе», чтобы вызвать у вас эмоциональную реакцию. Таким образом, например, «готовили» к экспертизе Леонида Плюща, чтобы документально оформить его «фантазии».

Будьте заранее готовыми к ложным заявлениям следователя об имеющихся против вас «уликах», «изобличающих вас показаниях». Помните: вы не сможете доказать следователю (как и суду), что имели место слежка за вами, провокации против вас и прочее, именно потому, что это очевидно. А эксперты на этом основании присоединят к вашему «диагнозу» и «бред преследования». По этой же причине не настаивайте на данных аспектах, если позволяют обстоятельства дела. Старайтесь аргументировать свои мнения не личным опытом или анализом действительности, но ссылкой на литературные источники, утверждения авторитетов и т.п. (Иначе в экспертном заключении появится положение о «переоценке ваших данных»). Не стесняйтесь выражать беспокойство о семье, близких, друзьях. Это необходимо для аргументирования в пользу вашей «эмоциональной сохранности».

Голодовки в качестве протеста желательно применять только при крайней

необходимости: при желании отказ от приема пищи может быть истолкован как патология психики (это случилось с Петром Григорьевичем Григоренко).

Ни в коем случае нельзя упоминать о разочаровании в жизни, нежелании дальше жить, планах покончить с собой. Это немедленно навлечет на вас подозрение в психической болезни и может быть веским аргументом в пользу эскульпации. О мыслях, о планах покончить с собой нельзя говорить даже.

Не бойтесь воздействия на вас фармакологическими веществами, вводимыми посредством воды или пищи; не отказывайтесь от лечения, если больны, — факты подобных воздействий, как правило, не подтверждаются. Мы полагаем, что подобные методы воздействия не практикуются вообще, т.к. сопряжены с определенными чисто техническими трудностями и на самом деле были бы мало эффективны.

Никакие «научные» методы не смогут заставить вас поступать против собственной воли и совести. То же касается и гипнотического внушения, в подобных ситуациях вообще неэффективного.

Период психиатрического исследования и собственно экспертизы мы рассматриваем на примере стационарного экспертирования, как наиболее сложного случая.

Конвоем вы доставлены в приемный покой психиатрического учреждения, где уже с первых минут находитесь под наблюдением медицинского персонала. В приемном покое происходит санитарно-гигиеническая обработка испытуемого и первая беседа с врачом. Не отказывайтесь от

гигиенических процедур, беседы и врачебных манипуляций, т.к. это может быть расценено как «психический негативизм». В палате (или камере) вы встретитесь с иными исследуемыми. В их числе могут быть и психически больные люди, к присутствию которых вам придется привыкать. Не бойтесь их, даже агрессивные больные не столь опасны, как утверждает молва, тем более в условиях больницы, психиатрического стационара, с практикуемыми методами «устрашения». Помните, что и здесь не исключено присутствие «наседки». Как правило, в каждой палате постоянно находится санитар или фельдшер, в его функцию входит непрерывное наблюдение и, при необходимости, купирование, с помощью инъекций медикаментов или различных видов «фиксаций», агрессивности, повышенного возбуждения и проч.

Средний медицинский персонал в психиатрических учреждениях ведет журнал наблюдений, где подробнейшим образом фиксируются все особенности поведения больных и исследуемых, их высказывания, просьбы и т.п. Поэтому: контролируйте каждый свой поступок, каждое слово — все будет доложено «ведущему» вас врачу (т.н. «докладывающему врачу», представляющему вас экспертной комиссии). Беседы с «докладывающим врачом» во многом определяют заключение комиссии. Будьте достаточно вежливы с ним (как бы ни относились к нему); по возможности отвечайте на все вопросы; некоторые вопросы могут показаться «глупыми» («Какое сегодня число? день? год? Сколько останется, если из ста вычесть тринадцать? В чем смысл пословицы «Не в свои сани не садитесь»?» и т.д.). У вас будет возможность определить интеллектуальный уровень психиатра, его манеру вести беседу, ваша задача говорить с ним «на одном языке, на одном понятийном уровне».

Многие советы о тактике беседы с психиатром и ее содержании изложены выше, в иных разделах нашей работы. Старайтесь не пользоваться выражениями, которые могут быть расценены как «символические

ассоциации» (например, из опыта(?) Григоренко: ему был задан вопрос о «мотивах» его «антисоциальной деятельности». Григоренко ответил так: «Нечем было дышать»).

Не утверждайте категорически о слежке за вами, преследованиях, подслушиваниях, провокациях и т.п. (Печерникова и Косачев: «По мере развития и перерастания параноидных реакций в патологическое развитие личности основные патологические образования постепенно начинают обрастать бредовыми идеями преследования, отношения, «интерпретации»).

Голодовки следует объявлять только в крайних случаях, т.к. они тоже будут расценены как проявление «психопатического негативизма». Убедить психиатра в объективности и социальной обусловленности своих убеждений вы не сумеете (именно потому, что он и сам это понимает); ввиду этого не рекомендуем углубляться в дискуссию на социально-политические темы, иначе может быть констатирована «переоценка своих данных». (Печерникова и Косачев: «Сверхценные представления сменяются интерпретативным бредом, который приобретает черты некорректируемости, убежденности, паралогичности, появляется переоценка своих данных».) Может быть отмечена и «обстоятельность мышления» (так случилось с Григоренко).

Разумеется, если психиатр задался целью выявить у вас патологию, любой ваш ответ и поступок может быть расценен соответствующим образом. У Жореса Медведева, например, было констатировано «расщепление личности» на том основании, что он по профессии биолог, а пишет стихи...

Ваше поведение должно быть максимально естественным, не скрывайте тревоги о будущем, о семье, близких, друзьях, чтобы не выявили у вас

«эмоциональную сглаженность» или «холодность».

Отрицайте знакомство с нашей работой, не сообщайте, что когда-либо интересовались психиатрией, парапсихологией, философией, религией (если это возможно, исходя из объективных данных обстоятельств).

Помните, что советский врач не может гарантировать вам соблюдение профессиональной тайны. Не сообщайте ему «оперативных» сведений, которые могут быть использованы против вас или ваших знакомых.

Спустя определенное время, «докладывающий» врач представит вас комиссии, сообщит ей о своих наблюдениях, характере и содержании бесед с вами, сделает предварительный анализ и даст заключение о вашей вменяемости (или невменяемости).

И последнее: молва о «фармакологических» допросах в психиатрических учреждениях не беспочвенна. Существует метод так называемого «амиталового интервью», посредством внутривенного введения амиталиатрия. Через короткое время (секунды) после введения у испытуемого наступает непродолжительное состояние опьянения, сходного с алкогольным, затем переходящее в глубокий сон. Принцип довольно банален: «у пьяного развязывается язык». Метод «растормаживания» (так его называют официально) применяется в случаях, когда у испытуемого или больного хотят выявить скрываемый бред, галлюцинации и т.п. Компетентно заявляем: метод малоэффективен, не бойтесь его, контролируйте свое состояние (это возможно), и эффект «развязывания» вашего языка не удастся.

Поведение в психиатрической больнице

Может случиться худшее: несмотря на полное следование нашим рекомендациям, вы будете признаны невменяемым и определением суда направлены на принудительное психиатрическое лечение.

Бесправное положение психически больного незавидно. Вы не должны отчаиваться! Многие десятки ваших товарищей долгие годы находятся на принудительном лечении без значительного ущерба для здоровья. Несмотря на весь арсенал психофармакологических средств, шоковую терапию, современная наука, к счастью, пока не в состоянии необратимо изменить человеческую индивидуальность, убить личность в человеке.

Каждые шесть месяцев вас должны представлять на очередную психиатрическую экспертизу, этого требует закон. Кто знает, может быть, одна из таких комиссий признает вас «излеченным». Нет никаких оснований надеяться на совесть врачей; к сожалению, малоэффективно и давление мирового общественного мнения по поводу преступного использования психиатрии в СССР.

Практика показывает, что для создания себе более или менее сносных условий существования в психиатрической больнице (менее выраженный «режим притеснения», разрешение на чтение книг, более мягкое «лечение» с более продолжительными перерывами между курсами) необходимо сообщать врачам о «переоценке своих прежних болезненных убеждений». Отдавая должное мужеству Леонида Плюща, сознательно отказывающегося в спецбольнице г. Днепропетровска от любых «тактических приемов», мы настоятельно рекомендуем все же пользоваться ими. В этом и только в этом единственная надежда на спасение.

Заключение

Экспертировавший одного из авторов данной работы профессор Ушаков так пишет в своем учебнике, рассчитанном на студентов-медиков: «Научные идеи, доминирующие в сознании ученого, фанатические идеи верующего представляют собой варианты переоценки (т.е. сверхценных, патологических) идей».

Стоит ли удивляться после этого широкой практике эскульпации инакомыслящих?

Знание элементарных положений психиатрической практики, умение сознательно и грамотно вести себя при встрече с психиатром — необходимо сегодня многим. Известные обстоятельства нашей жизни помешали нам ранее письменно обобщить наш опыт и предложить его читателям.

Наша работа рассчитана и на тот случай, когда вам придется выступать на следствии в качестве свидетеля. Тогда от ваших показаний будет зависеть судьба других людей.

Столь сжатый объем не позволил достаточно глубоко и серьезно осветить некоторые вопросы теории психиатрии и взаимоотношение права и психиатрии, поэтому для тех, кто желает ознакомиться с проблемами, затронутыми в нашей работе, рекомендуем следующую литературу.

Рекомендуемая литература

1. Уголовный кодекс (комментарии).

2. Уголовно-процессуальный кодекс (комментарии).

3. Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении (стр. 36).

4. Закон РСФСР о здравоохранении (стр. 54-56).

5. Инструкция о неотложной госпитализации психических больных МЗ РСФСР.

8. Медведев Ж. «Кто сумасшедший?», Самиздат.

9. Григоренко П. Воспоминания, Самиздат.

11. Гиляровский В. А. Психиатрия, М., 1964.

12. Ганнушкин Н. В. Избранные труды, М., 1964.

13. Тимофеев Н. Н., Тимофеев Л. Н. Вопросы медицинской деонтологии в. судебно-психиатрической клинике. Журнал «Невропатология и психиатрия» им. Корсакова, 1973, № 5.

14. Печерникова Т. П., Косачев А. А. Некоторые особенности становления и диагностики паранойяльных синдромов при психопатиях. Судебно-медицинская экспертиза за 1973 год., № 4.

15. Тимофеев Н. Н. Деонтологический аспект распознавания больных шизофренией. Журнал «Невропатология и психиатрия» им. Корсакова, 1974 г., № 7.

16. Шманова Л. М. Клиника вялотекущей шизофрении по данным отдаленного катамиеза (докторская диссертация), М., 1968.

Наряду с этим убедительно просим опубликовать за именем Глузмана «Заочное судебно-психиатрическое исследование по делу Григоренко».

Если, необходимо, дайте в конце работы словарь терминов.

Буковский В. Глузман С.

Владимирская тюрьма — Пермский политлагерь

Источник: «Хроника защиты прав в СССР». Январь-февраль 1975 года. Вып. 13. Изд-во «Хроника», Нью-Йорк.